

ZĀĻU VALSTS AĢENTŪRAI

Jersikas iela 15, Latvija, Rīga, LV- 1003
Tālr.: 67078400, Fax.: 67078428,
E-pasts: info@zva.gov.lv

Ziņojuma Nr.	(aizpilda Zāļu valsts aģentūras darbinieks)
--------------	---

PACIENTA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKUSPARĀDĪBU

Lūdzu, sniedziet pēc iespējas precīzāku informāciju par konstatēto zāļu blakusparādību (turpmāk tekstā zāļu blaknes). Ja, aizpildot ziņojuma veidlapu, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, lūdzu, izmantojiet papildu papīra lapu un iesniedziet to kopā ar aizpildītu ziņojuma veidlapu.

1. INFORMĀCIJA PAR ZIŅOTĀJU			
Vārds		Uzvārds	
Kontaktārunis		E-pasts	
Lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, lūgums norādīt kontaktāruni un/vai e-pasta adresi.			
2. INFORMĀCIJA PAR PERSONU, PAR KURU TIEK SNIEGTS ZIŅOJUMS			
<input type="checkbox"/> Par pašu ziņotāju		<input type="checkbox"/> Par citu personu (personu, kuras likumiskais vai pilnvarotais pārstāvis ir ziņotājs, – personas nepilngadīgo bērnu, personu, kura ir atzīta par rīcībnespējīgu)	
<input type="checkbox"/> Par ietekmi uz augli grūtniecības laikā		<input type="checkbox"/> Par ietekmi uz bērnu zīdīšanas laikā	
Vārds		Uzvārds	
Dzimums	<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S	Svars (lūgums norādīt precīzu svaru kilogramos)	
Dzimšanas datums	(dd./mm./gggg.)	Vecums (lūgums norādīt pilnu gadu vai mēnešu skaitu)	
Lūgums norādīt vecumu pēc iespējas precīzāk. Ja nav zināms konkrēts dzimšanas datums, norādiet vecumu pilnos gados vai mēnešos.			
3. ZĀĻU BLAKNES APRAKSTS			
Reakcijas sākuma datums un laiks	(dd./mm./gggg., plkst.)	Reakcijas beigu datums (ja reakcija ir beigusies)	(dd./mm./gggg.)
Vai par konstatēto zāļu blakni tika informēts personas ārsts	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē (Ja persona par zāļu blakni ir informējusi ārstu, lūgums aizpildīt ziņojuma 7. punktu)		
Lūdzu, īsi aprakstiet zāļu blakni, sniedzot, Jūsaprāt, būtiskāko informāciju (īss simptomu apraksts, laboratorisko un citu izmeklējumu rezultāti, ja tādi ir pieejami, zāļu blaknes ārstēšana).			
Kādas bija zāļu blaknes sekas	<input type="checkbox"/> Izraisīja personas nāvi (dd./mm./gggg.) <input type="checkbox"/> Pēc personas domām bija dzīvību apdraudošs stāvoklis <input type="checkbox"/> Bija nepieciešama hospitalizācija vai tās pagarināšana <input type="checkbox"/> Radīja paliekošu vai smagu invaliditāti vai darbnespēju <input type="checkbox"/> Ir iedzimta anomālija <input type="checkbox"/> Neviena no iepriekš minētajiem		
Vai zāļu lietošana tika pārtraukta, konstatējot zāļu blakni	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē		
Vai zāļu blakne izzuda	<input type="checkbox"/> Pilnīgi <input type="checkbox"/> Ir paliekošas sekas <input type="checkbox"/> Vēl nav izzudusi <input type="checkbox"/> Nav zināms		
Vai zāles, kuras ir iespējama blaknes cēlonis, lietotas pirmo reizi mūžā	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē		
Ja zāles lietotas atkārtoti, vai arī iepriekšējā reizē bija līdzīgas blaknes	<input type="checkbox"/> Jā <input type="checkbox"/> Nē		

PACIENTA ZIŅOJUMS PAR ZĀĻU BLAKNI

Lūdzu, sniedziet pēc iespējas precīzāku informāciju par konstatēto zāļu blakusparādību (turpmāk tekstā – blaknes). Ja, aizpildot ziņojuma veidlapu, trūkst brīvas vietas informācijas sniegšanai, lūdzu, izmantojiet papildu papīra lapu un iesniedziet to kopā ar aizpildītu ziņojuma veidlapu.

4. ZĀĻES, KURAS IR IESPĒJAMĀS BLAKNES CĒĻONIS

Informācija par zālēm

Zāļu nosaukums (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)	
Reģistrācijas apliecības īpašnieks / paralēlais importētājs (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)	
Zāļu sērijas numurs (informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)	
Lietošanas sākuma datums	(dd./mm./gggg.)

Informācija par zāļu lietošanu

Cik liela zāļu deva lietota vienā reizē (piemēram, 2 tabletes, 1 injekcija, cits variants)	
Cik bieži zāles lietotas (piemēram, divas reizes dienā, cits variants)	
Kādam mērķim lietotas zāles (kādu simptomu vai slimības ārstēšanai)	

Kur zāles tika iegūtas

<input type="checkbox"/> Aptiekā	<input type="checkbox"/> Slimnīcā
<input type="checkbox"/> Interneta tīmeklī (ja iespējams, norādiet interneta tīmekļa adresi)	
<input type="checkbox"/> Ievestas no citas valsts (ja iespējams, norādiet valsti)	
<input type="checkbox"/> Citur (ja iespējams, norādiet citu ieguves vietu)	

5. CITAS ZĀĻES, KURAS LIETOTAS PĒDĒJO TRIJU MĒNEŠU LAIKĀ

Vai pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles Jā Nē

Zāļu nosaukums
(aizpildīt, ja pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)

Zāļu nosaukums
(aizpildīt, ja pēdējo triju mēnešu laikā tika lietotas vēl kādas zāles. Informāciju skatīt uz zāļu iepakojuma)

6. CITA INFORMĀCIJA (SMAGA BLAKUSSLIMĪBA, ALERĢIJA, PAAUGSTINĀTA JUTĪBA PRET KĀDĀM ZĀLĒM, GRŪTNIĒCĪBA)

7. INFORMĀCIJA PAR PERSONAS ĀRSTU

Atļauju Zāļu valsts aģentūrai sazināties ar ģimenes ārstu vai citu ārstniecības personu (tajā skaitā ārstu, kuram tika sniegta informācija par konstatēto zāļu blakni), lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju, kā arī informāciju par personas veselības stāvokli un lietotajām zālēm.

<input type="checkbox"/> Jā, ar ģimenes ārstu	<input type="checkbox"/> Jā, ar citu ārstniecības personu	(ārstniecības personas vārds, uzvārds)
<input type="checkbox"/> Jā, citu	<input type="checkbox"/> Neatļauju	
<input type="checkbox"/> Man nav zināms personas ģimenes ārsts/cita ārstniecības persona		

(ārstniecības personas prakse nosaukums, kontaktinformācija)

Ziņotāja paraksts	Datums
(vārds, uzvārds)	(dd./mm./gggg.)

Parakstot ziņojumu, atļauju Zāļu valsts aģentūras darbiniekiem sazināties ar mani, lai precizētu (ja nepieciešams) ziņojumā minēto informāciju un uzdotu nepieciešamos papildu jautājumus.

Aizpildīto ziņojuma veidlapu, lūdzu, iesniedziet Zāļu valsts aģentūrā personīgi vai nosūtiet pa pastu. Ziņojumu par iespējamo zāļu blakni var aizpildīt arī elektroniski (papildu informācija Zāļu valsts aģentūras tīmekļa vietnē [www.zva.gov.lv](#)).